

cigarros/dia), foi encaminhado à consulta de medicina oral da Universidade Católica Portuguesa pelo seu dentista, com a queixa de uma lesão branca junto à base da língua. Considerando a apresentação clínica e os fatores de risco associados, foi realizada uma biópsia, confirmando o diagnóstico de leucoplasia.

Discussão e conclusão: A mancha, de tamanho considerável, apresentava características típicas de leucoplasia; sabe-se que este tipo de lesão ocorre mais na meia-idade e em pacientes do sexo masculino. O caso chama especial atenção devido à localização, visto que casos localizados na língua, vermelhão dos lábios e pavimento oral, mais de 90% exibem displasia ou carcinoma; e aos fatores de risco do paciente, já que existe uma forte correlação entre leucoplasia e consumo de tabaco, presente em 80% dos casos. Após 3 meses da biópsia, o controlo mostrou diminuição considerável de tamanho e, por esta altura, o paciente tinha reduzido para metade o número de cigarros por dia. Aos 4 meses, a lesão tinha estabilizado; foi prescrito isotrexin que resultou, após uma semana, no desaparecimento quase completo da lesão. Novo controlo foi realizado passados 3 meses, com uma regressão para o estágio inicial da lesão, com o paciente a admitir o regresso aos velhos hábitos tabágicos. No último controlo, realizado 8 meses após a biópsia, a lesão apresentava-se de novo com tamanho considerável, zonas eritmatosas na periferia e zonas verrucosas. Apesar dos fatores negativos presentes, o estudo anatomo-patológico comprovou a ausência de sinais de displasia. O caso continua sob observação e controlo regular, devido ao seu grande potencial de malignização e aos hábitos do paciente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.074>

17. Prótese maxilar overlay, a propósito de um caso clínico



Ana Filipa Santos Martins*, Pedro Nicolau, Nuno M.G. Escameia Calha, Rita Reis, Maria João Rodrigues, Avelino Santos

Laboratório Técnico Dentário; Área de Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: O desgaste dentário pode ser fisiológico ou patológico. Considera-se patológico quando é acelerado por fatores endógenos ou exógenos, e o seu grau excede o nível esperado para um indivíduo de determinada idade. Alteração dos planos oclusais, patologia pulpar e da ATM, compromisso estético e funcional e perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) são consequências. Na reabilitação de doentes com perda de DVO esta deve ser recuperada, por forma a não comprometer estética e função. As opções disponíveis para a reabilitação destes casos são, preferencialmente, da área da prótese fixa. No entanto, esta solução não se adequa a todos os doentes. A prótese overlay é um tipo de prótese parcial removível (PPR), que recobre o remanescente de dentes com abrasão severa. São suas vantagens a diminuição de custos e os procedimentos minimamente invasivos. Pode ser usada como prótese de transição ou definitiva. O objetivo deste trabalho foi mostrar a sequência da reabilitação oral de um doente, com recurso a PPR do tipo overlay.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo masculino, 58 anos, aposentado, sem patologia/medicação, bruxómano, com perda de DVO e desdentado parcial bimaxilar (Cl I mand. e Cl II mod.1 max. de Kennedy). Nunca usou prótese. Apresentou constrangimentos económicos para soluções fixas. Pretendia manter os dentes existentes. Previamente à reabilitação definitiva existiu um período de transição (setembro 2014 – fevereiro 2015), no qual se testaram provisoriamente, através de goteiras oclusais e mock-up a partir de enceramento de diagnóstico, todas as modificações estéticas e funcionais finais.

Discussão e conclusões: Overlays são uma boa opção em casos de doentes com forte abrasão dentária, acompanhado de perda de DVO, com limitações médicas e/ou económicas. Como em todas as reabilitações protéticas, e para uma maior longevidade das mesmas, este tipo não prescinde de um esquema de consultas de controlo periódicas para avaliação do estado das próteses, dos dentes, da oclusão, das estruturas de suporte e funcionais e dos níveis de higiene oral e protética. Estes doentes devem ainda ser incentivados ao descanso da prótese durante o sono e à utilização de goteira oclusal de relaxamento em sua vez, minimizando assim os efeitos das cargas excessivas e do uso protético continuado. Para além dos cuidados higiénicos orais e protéticos básicos, os doentes portadores de próteses overlays devem ser motivados a tomar medidas adicionais no que toca à prevenção da cárie dentária.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.075>

18. Estudo oclusal de um paciente com acondroplasia – Caso clínico



Octavio Ribeiro*, Sara Campos Bastos, Joana Gomes Santos, Andre Baptista

Universidade Católica Portuguesa

Descrição do caso clínico: Paciente do género masculino, 14 anos de idade, diagnosticado com acondroplasia, compareceu na consulta de oclusão, após ser reencaminhado pela consulta de ortodontia para avaliação de DTM. Utiliza disjuntor com aumentos de mordida nos primeiros pré-molares superiores. Apresenta desvio da linha média, esquelético e funcional, de origem maxilar, para a esquerda e de 2 mm, mordida cruzada do 12/4.2 e 4.3 e do 2.2/3.3 e apresenta classe III molar e canina bilateral. O exame à ATM revelou estalido no terço inicial de abertura, lado esquerdo, e no último terço do movimento final de fecho, em ambos os lados (estalo recíproco). Além disso, na lateralidade direita ocorreu um estalido do lado esquerdo e em lateralidade esquerda ocorreu estalido bilateral. Não há sintomatologia algica articular ou muscular. O desvio não é corrigido em relação cêntrica, mas há uma pequena correção (1 mm) em máxima abertura. Como não existiam causas aparentes para os estalidos articulares, realizou-se o Tek-Scan para identificar a possível existência de contactos prematuros, forças oclusais elevadas e verificar as relações oclusais.

Discussão e conclusões: Na análise dos dados obtidos com o Tek-Scan, concluiu-se que existe uma predominância das forças oclusais do lado direito (75,5%), principalmente no dente 1.2 e, além disso, uma assimetria na distribuição

dos contactos (mais no lado direito). O prognóstico deste caso é favorável, caso o paciente continue o tratamento ortodôntico.

Não foram encontrados na literatura estudos que relatem a relação de DTM com a acondroplasia. O paciente deverá continuar o tratamento ortodôntico será novamente avaliado na consulta de oclusão.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.076>

19. MTA: solução para perfuração de furca dente decíduo – Caso clínico



Irene Ventura*, Luísa Bandeira Lopes, Ana Raquel Garcia Barata

Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz CiiEM

Introdução: O Mineral Trioxide Aggregate (MTA) é um material bioativo fiável com aplicações diversas em endodontia, no tratamento convencional de obturação de canais radiculares, resolução de periodontite apical, obturação em retratamentos endodônticos/cirurgia apical, apexificação, reabsorção interna, dens in dens e endodontia regenerativa com revascularização pulpar em dentes permanentes imaturos necrosados.

Descrição do caso clínico: Doente com 8 anos de idade, sexo masculino, que apresentou cárie extensa, envolvimento e perfuração da furca do dente 75. Foi efetuado o tratamento endodôntico com o ProRoot MTA®, como barreira artificial na região da furca, regeneração da furca e follow up de 6 anos, até ao término da denteição mista.

Discussão e conclusões: Conseguiu-se a preservação funcional do dente decíduo 75 obturado com MTA, o que permitiu a esfoliação fisiológica do 35. O MTA é um material com bons resultados nas lesões de furca de dentes decíduos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.077>

20. Tratamento ortodôntico-cirúrgico de deformidade esquelética de classe II na adolescência



Carla Lavado*, Maria João Rodrigues, Francisco Fernandes do Vale

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A malformação esquelética de classe II é caracterizada por um posicionamento ântero-posterior inadequado entre a maxila e a mandíbula. Pode estar presente por protrusão maxilar e posição normal da mandíbula, retrognatia mandibular com posição normal da maxila ou a combinação de ambas. A correção precoce, através de aparelhos ortopédicos extraorais e/ou funcionais, deve realizar-se durante a fase ascendente do surto de crescimento pubertário, onde o crescimento é mais significativo.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, com 10 anos, surge na consulta de ortodontia e ortopedia dento-facial por apresentar uma mordida aberta anterior.

Foi elaborada a história clínica e realizados os exames complementares de diagnóstico: ortopantomografia, telerradiografia de perfil, radiografia da mão e punho, modelos de estudo, fotografias intra e extraorais. Diagnóstico: deformidade dento-esquelética de classe II por retrognatia mandibular, hiperdivergência facial com mordida aberta anterior e hábitos parafuncionais de sucção digital e deglutição com pressão lingual simples. O plano inicialmente estabelecido incluía, na fase 1 de tratamento, a colocação de uma barra inferior com grelha lingual fixa e terapia miofuncional para cessação do hábito e correção do padrão de deglutição. Posteriormente, ainda nesta fase, ortopedia dento-facial com ativador de Andreasen, uma vez que a paciente se encontrava a, aproximadamente, um ano do pico de crescimento. Na fase 2 de tratamento seria efetuado o tratamento com aparelho fixo multibrackets bimaxilar.

Discussão e conclusões: Os objetivos de cessação do hábito e a correção do padrão de deglutição foram alcançados. No entanto, no tratamento ortopédico que visava a estimulação do crescimento mandibular, a paciente mostrou-se não colaborante e abandonou a consulta durante cerca de 2 anos. Quando retomou o tratamento, já se encontrava no final da curva de crescimento puberal. Reavaliado o caso, o tratamento estabelecido é ortodôntico-cirúrgico-ortognático. É recomendável a realização da cirurgia ortognática após o término do crescimento ósseo; no entanto, pode ser realizada em idades mais precoces, principalmente nos casos de classe II esquelética, em que o crescimento residual pode compensar a recidiva. No caso clínico apresentado, uma cintigrafia óssea realizada aos 16 anos, revelou que o restante crescimento espetável não iria interferir com a estabilidade do tratamento a longo prazo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.078>

21. Filosofia da técnica bioprogressiva de Ricketts: destravar a oclusão durante o crescimento



Cristina von Zuben*, Maurício von Zuben

Centro Médico da Ramada, Faculdade de São Leopoldo, Brasil

Introdução: O principal objetivo da terapia bioprogressiva é alcançar uma boa relação maxilomandibular, resultando em uma automática correção funcional, e utilizar o crescimento para benefício do paciente, como será demonstrado em 2 casos clínicos.

Descrição do caso clínico: Primeiro caso clínico: paciente do género feminino, 13 anos e 8 meses, denteição permanente, arcadas estreitas, apinhamento dentário superior e inferior, e perfil convexo. A análise cefalométrica demonstrou padrão dolicofacial, classe I molar e plano oclusal desfavorável ao crescimento mandibular. Descrição do segundo caso clínico: paciente do género feminino, 14 anos e 4 meses, com presença de espaços na arcada superior e inferior, relação molar em classe II subdivisão esquerda e perfil convexo. A análise cefalométrica de Ricketts demonstrou um padrão normofacial, com medidas cranianas dentro da normalidade. Os incisivos superiores extruídos e palatinizados, em sobremordida com